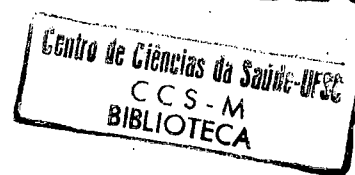


ALEXANDRO DONISETE KLÖPPEL



**ESTUDO DE 66 RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO (< DE
1.500 G) ATENDIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. DR. POLYDORO ERNANI DE
SÃO THIAGO - UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
De Santa Catarina, para a conclusão no Curso
de Graduação em Medicina**

FLORIANÓPOLIS

1998

ALEXANDRO DONISETE KLÖPPEL

**ESTUDO DE 66 RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO (< DE
1.500 G) ATENDIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. DR. POLYDORO ERNANI DE
SÃO THIAGO - UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
De Santa Catarina, para a conclusão no Curso
de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Mauro Duarte Schutel Filho

FLORIANÓPOLIS

1998

Klöppel Alexandro Donisete. *Estudo de 66 Recém-nascidos de Muito Baixo Peso (< de 1.500 g) atendidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Prof. Dr. Polydoro Ernani de São Thiago - UFSC.* Florianópolis, 1998.

42p.

Trabalho de conclusão no Curso de Graduação em Medicina, - Universidade Federal de Santa Catarina

1.UTI neonatal 2. Muito baixo peso

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Mauro Duarte Schutel Filho, por sua orientação.

A Dr. Clarisse Bissani pela ajuda com referências.

A minha irmã Ana por ter auxiliado na confecção do trabalho e ter compreendido meu mau humor.

A minha irmã Maria Helena por cooperar na confecção da bibliografia.

A Daniela por sua disponibilidade em ajudar.

A Carla pelo seu pronto atendimento ao telefone e apoio.

A Cristina pelo auxílio com o texto.

Aos funcionários do SAME, especialmente a Terezinha.

A todos que de alguma forma colaboraram na produção deste trabalho.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO	7
3. MÉTODO	8
4. RESULTADO	11
5. DISCUSSÃO	27
6. CONCLUSÃO	32
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
NORMAS ADOTADAS	xxxix
RESUMO	xl
SUMMARY	xli
APÊNDICE 1	xlii

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), foi introduzida na década de 60, sofrendo grande evolução nas décadas de 70 e 80, a que culminou melhora na sobrevida das crianças nascidas com muito baixo peso (MBP; <1.500g) ¹. O crescimento relativo dos problemas perinatais como causa de mortalidade foi o determinante no desenvolvimento e proliferação de unidades de tratamento intensivo neonatal a partir do início dos anos setenta ². Como resultado desta melhora global, ou seja, o aparecimento de novas técnicas, melhor sistema de suporte, e desenvolvimento do surfactante e outros fármacos, a taxa de sobrevida peso específica tem melhorado drasticamente ³.

Dentre todas as variantes associadas, o peso ao nascer foi o fator individual mais importante que determinou as probabilidades de recém-nascidos de sobreviver e ter um crescimento e desenvolvimento normais ⁴⁻⁵. Mesmo sem considerar outros fatores, percebeu-se o risco elevadíssimo de óbitos que acompanhavam o baixo peso ao nascer ⁴. A evolução nos cuidados perinatais fez com que crianças com prognóstico sombrio, como as nascidas com menos de 1500g, passassem a sobreviver em proporções crescentes, o que por sua vez levou os médicos, que tinham uma visão negativista destas crianças, a terem atitudes mais otimistas, contribuindo ainda mais na melhoria de seu prognóstico ⁶.

Os recém-nascidos (RNs) com MBP eram o limite para sobrevida a 15 anos atrás, todavia, hoje houve uma substituição deste grupo pelos RNs de extremo baixo peso (EBP; <1000g) e os RNs imaturos (<750g), que constituirão, então, o novo desafio das UTINs ⁷.

Koops et col. afirmou que o nascimento de uma criança com o peso inferior a 1.500g ocorriam em 3,9% de todas as gestações, sendo estes, os responsáveis por 75% da totalidade de óbitos perinatais ⁸.

Nos Estados Unidos, os prematuros responderam por 8 a 10% dos nascimentos ⁹. Os RNs com o peso inferior a 1.500g(MBP) representaram 1,15% de todos os nascidos vivos, sendo que este grupo foi responsável por 50% das mortes neonatais e 25 a 30% dos óbitos pós-neonatais. McCormick revelou ainda que os RNs com o peso inferior a 1.500g tem 200 vezes mais chances de ir a óbito no período neonatal do que crianças com peso normal, e 20 vezes mais chances de chegar a morte no período pós neonatal ¹⁰. Mais recentemente, esta mesmo autora relatou que, com a evolução da UTIN, os RNs com o peso inferior a 1.500g no período de 1.960 a 1.985 apresentaram um declínio progressivo em sua mortalidade, que de 72% passou a 27% ¹¹.

Um estudo sobre a mortalidade neonatal Latino-americana, o estudo do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP) sobre 281.287 nascimentos em 59 maternidades demonstrou que a maioria das intercorrências neonatais ocorrem em RNs de baixo e MBP ¹².

A pesquisa interamericana de mortalidade na infância, relatou 36,1% das mortes em crianças menores de um ano, ocorridas no período neonatal, sendo mais de 50% perinatais ¹³. No Distrito Federal, a Secretaria da Saúde encontrou mortalidade neonatal 30 por mil correspondendo a 54% da mortalidade infantil (1.983) ¹³.

A Maternidade do Hospital Universitário Professor Doutor Polydoro Ernani de São Thiago - Universidade Federal de Santa Catarina foi inaugurada no dia 24 de outubro de 1.995, junto a ela foi instituído o Serviço de Neonatologia que conta com a UTIN com 4 leitos, cuidados intermediários com 6 leitos, a observação com 4 leitos, o isolamento com 2 leitos e o alojamento conjunto com

22 leitos sendo 6 leitos para gestantes de alto risco. O corpo clínico foi composto por 16 neonatologistas com turnos de quatro horas no período diurno (dois neonatologistas por turno), plantões de 12 horas noturno e finais de semana (um neonatologista), um estagiário da residência de pediatria, três professores de neonatologia do Departamento de Pediatria e 5 técnicos de enfermagem e um enfermeiro por turno (total de 42 funcionários). Neste trabalho, descreveu-se e analisou-se algumas das principais características das crianças nascidas com peso abaixo de 1.500g esta Maternidade desde a sua inauguração.

2. OBJETIVO

Os objetivos deste trabalho foram:

1. Descrever algumas das principais características relacionadas à gestante como: idade materna, raça, localidade proveniente, estado civil, tipo sanguíneo, acompanhamento pré-natal, antecedentes gestacionais e idade gestacional.
2. Descrever algumas das principais características relacionadas ao parto como: tipo de parto, intercorrência que originou o parto e tempo de amniorrexe.
3. Descrever algumas das principais características relacionadas ao RN de MBP como: peso, sexo, crescimento intra-uterino, idade por exame físico, grupo sanguíneo, condições de nascimento, assistência ventilatória, intercorrências, fototerapia, tempo de internação na UTIN, tempo de internação total e óbito.

3. MÉTODO

O estudo longitudinal, descritivo e retrospectivo clínico deste trabalho, baseou-se em dados coletados em prontuários arquivados no Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos do Hospital Universitário Professor Doutor Polydoro Ernani de São Thiago - Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Foram incluídas no estudo todas crianças nascidas na Maternidade do HU-UFSC com peso inferior a 1.500g encaminhadas à Unidade de Cuidados Neonatais (UCN) da Maternidade no período de 24 de outubro de 1.995 a 31 de dezembro de 1.997, num total de 72 crianças. Destas, 6 crianças foram desconsideradas na análise por não terem dados disponíveis.

Os prontuários médicos foram analisados com a ajuda de um protocolo (Apêndice 1). Os dados maternos coletados, referem-se a idade materna (em anos), raça (branca ou não branca), localidade proveniente, estado civil, tipo sanguíneo materno, acompanhamento pré-natal (número de consultas), antecedentes gestacionais (quantidade de gestações anteriores), idade gestacional (em semanas, baseada na data da última menstruação ou por dados de ultrassonografia).

Sobre a idade materna foram consideradas as menores de 19 anos e maiores de 35 anos, por estas apresentarem um risco relativo maior de terem RN de muito baixo peso ¹⁴.

Em relação a localidade proveniente, optou-se por classificar localidades próximo ao Hospital universitário, outras localidade da cidade de Florianópolis, cidades da Grande Florianópolis, cidades do Sul do estado, cidades do Norte do estado e outras localidades.

Quanto ao parto os dados coletados relacionam-se a tipo de parto (parto normal ou cesareana), intercorrência e tempo de aminiorrexe (considerando maior ou menor de 24 horas).

A intercorrência no parto, isto é, indicação da cesareana ou causa do parto prematuro, que levou ao nascimento de um RN de MBP.

Os dados obtidos pelo protocolo relativo ao recém-nascido, foram estudados o peso (em gramas), sexo, crescimento intra-uterino, idade por exame físico (segundo sistema de Ballard ou Capurro Somático), grupo sanguíneo da criança, condições de nascimento (índice de Apgar de 1º. e 5º. minuto e reanimação), tempo de internação na UTIN (em dias), tempo de internação total (período de internação em dias na UCN), assistência ventilatória (número de RNs, tipo e tempo em dias), fototerapia (número de RNs e tempo em dias), intercorrências, incompatibilidade Rh e ABO (número de RNs), óbitos ocorridos no período de internação na UCN, período em que ocorreu o óbito e causa do óbito.

O peso ao nascer foi dividido em quatro grupos, de 501 a 750g, de 751 a 1.000g, de 1.001 a 1.250g e de 1.251 a 1.499g, de acordo com literatura¹⁻⁶⁻⁷⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸. A UCN utiliza para avaliação do crescimento intra-uterino a curva de percentis de Lubchenco e cols., que correlaciona peso com idade gestacional, e considera um RN pequeno para idade gestacional quando este tem o peso inferior ao percentil 10, adequado para idade gestacional quando o peso esta entre o percentil 10 e 90, grande para idade gestacional se o percentil for maior de 90¹⁹.

O grupo sanguíneo materno ou do RN foram coletados nos registros médicos, logo que, não constatado utilizou-se como fonte de dados o livro de registro de grupo sanguíneo do Serviço Hematologia (Banco de Sangue) do HU-UFSC.

A condição do RN ao nascimento foi classificada pela necessidade ou não de reanimação (uso de máscara ou intubação), e índice de Apgar de primeiro e quinto minuto, que classificou-se como depressão neonatal grave (DNG) índice

de zero a três, depressão neonatal moderada (DNM) índice de 4 a 6 e vigoroso índice maior ou igual a 7²⁰.

Considerou-se como intercorrência doenças diagnosticadas, síndromes, sinais (icterícia e apnéia), procedimentos (exsanguíneo transfusão) e transferências, sendo que um RN pode apresentar mais de uma intercorrência.

Quanto ao óbito foi considerado, ocorrido nas primeiras 24 horas, no período após as primeiras 24 horas ao 7º. dia de vida e entre o 7º.dia ao 28º.dia de vida⁵. As causas do óbito foram consideradas as relatadas no prontuário médico, e Atestado de Óbito que baseou-se de exame clínico e laboratorial.

Algumas variáveis apresentaram grande variação, por conseguinte, para melhor análise utilizou-se de técnicas estatísticas como média, desvio padrão, valor máximo da variável, valor mínimo da variável e mediana.

Por tratar de um estudo baseado em dados descritos em um arquivo médico e a coleta ser sobre um protocolo, muitas vezes, os dados propostos pelo protocolo não foram relatados. Os dados que não foram encontrados no prontuário serão relatados nos resultados como sendo indeterminados.

4. RESULTADOS

Na Maternidade do HU no período de 24 de outubro de 1.995 a 31 de dezembro de 1.997, nasceram 4829 crianças, destes 72 (1,49%) nascidos vivos tiveram o peso inferior a 1.500g.

Foram coletados dados sobre 58 gestantes, destas 7 (12,06%) tiveram gestação gemelar (sendo um dos RNs gemelares desconsiderados por apresentar mais de 1.500g), e uma (1,72%) com gestação trigemelar. A idade materna variou entre 15 a 46 anos (média de 24,77 anos e mediana de 23 anos) sendo 15 (25,86%) gestantes com idade inferior a 19 anos (mediana de 16 anos) e 6 (10,35%) com idade superior a 35anos.(Tabela I). Em relação a raça 55 (94,82%) eram brancas e três (5,18%) gestantes eram não brancas.

Tabela I: Relação do peso ao nascer com a idade materna (média, < 19 anos, > de 35 anos).

Peso	Média(em anos)	< de 19 anos (Nº. de gestantes)	> de 35 anos (Nº. de gestantes)
501 - 750 g	24,83	1(1,72%)	1(1,72%)
751 - 1000 g	25,08	4(6,89%)	1(1,72%)
1001 - 1250 g	28,13	3(5,18%)*	3(5,18%)
1251 - 1499 g	22,13	8(13,79%)*	1(1,72%)

*Uma gestante de 16 anos teve gemelar um de 1240g e outro de 1320g.

As regiões de onde as gestantes foram provenientes: 14 (24,14%) gestantes foram de regiões próximo a universidade, 6 da Trindade, três do Itacorubi, duas do Córrego Grande, duas do Saco dos Limões e uma da Agrônômica; 14

(24,14%) gestantes vieram de outras localidades de Florianópolis, duas do Ingleses, duas do Pântano do Sul, duas da Costeira, duas de Canasvieiras, uma da Lagoa da Conceição, uma de Coqueiros, uma do Estreito, uma do Morro das Pedras, uma do Centro, uma de Vargem Grande; 13 (22,42%) gestantes vieram de cidades da Grande Florianópolis, 7 de São José, três de Palhoça, duas de Biguaçu, uma de Paulo Lopes; do Sul do estado vieram 8 (13,79%) gestantes, duas de Criciúma, duas de Tubarão, duas de Laguna, uma de Içara e uma de Urussanga; 5 (8,62%) gestantes foram provenientes de cidades do norte do estado, duas de Itapema, uma de Itajaí, uma de Bombinhas e uma de Jaraguá do Sul; houveram também 4 (6,89%) gestantes de outras localidades como, Presidente Getúlio (n=1), São Lourenço do Oeste (n=1), Bom Retiro (n=1) e Urubici (n=1)(Figura 1). Quanto ao estado civil 28 (48,29%) gestantes eram casadas, 16 (27,57%) eram solteiras e 14 (24,14%) viviam em união estável.

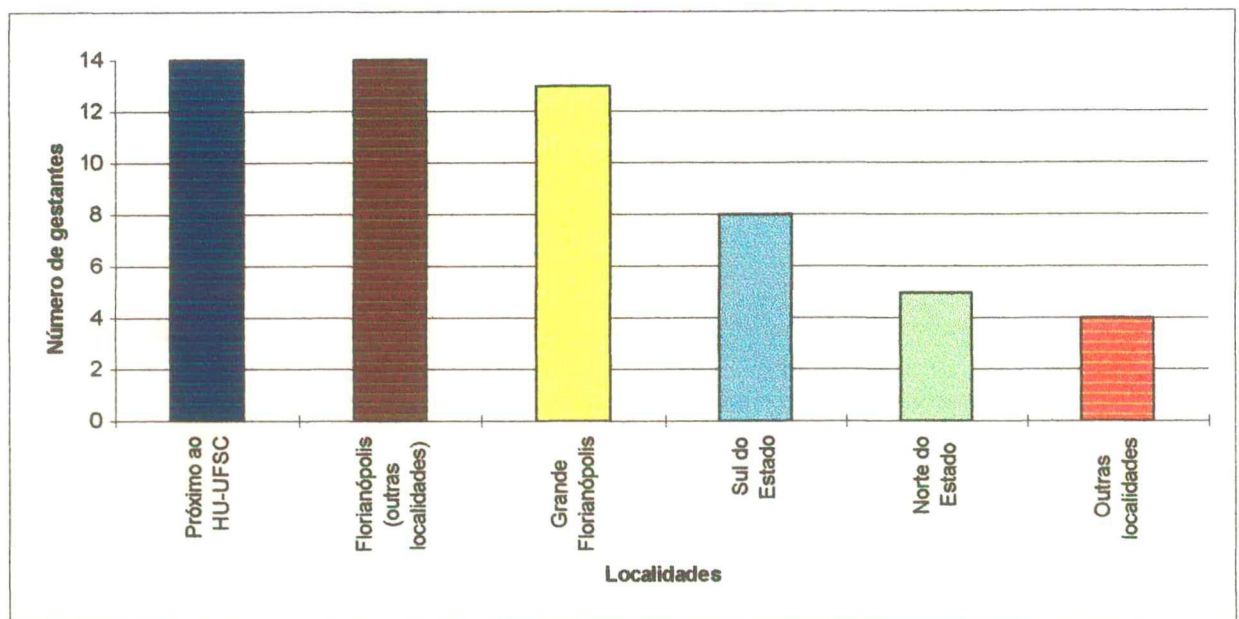


Figura 1: Distribuição das gestantes quanto à localidade proveniente.

O grupo sanguíneo das gestantes analisadas foram, 26 (44,83%) gestantes apresentaram O positivo, 16 (27,57%) gestantes constavam como sendo A positivo, 6 (10,35%) gestantes eram O negativo, 4 (6,89%) gestantes tinham grupo sanguíneo B positivo, três (5,18%) gestantes eram A negativo, uma (1,72%) gestante era B negativo e duas (3,46%) não constava o dado no prontuário(Figura 2).

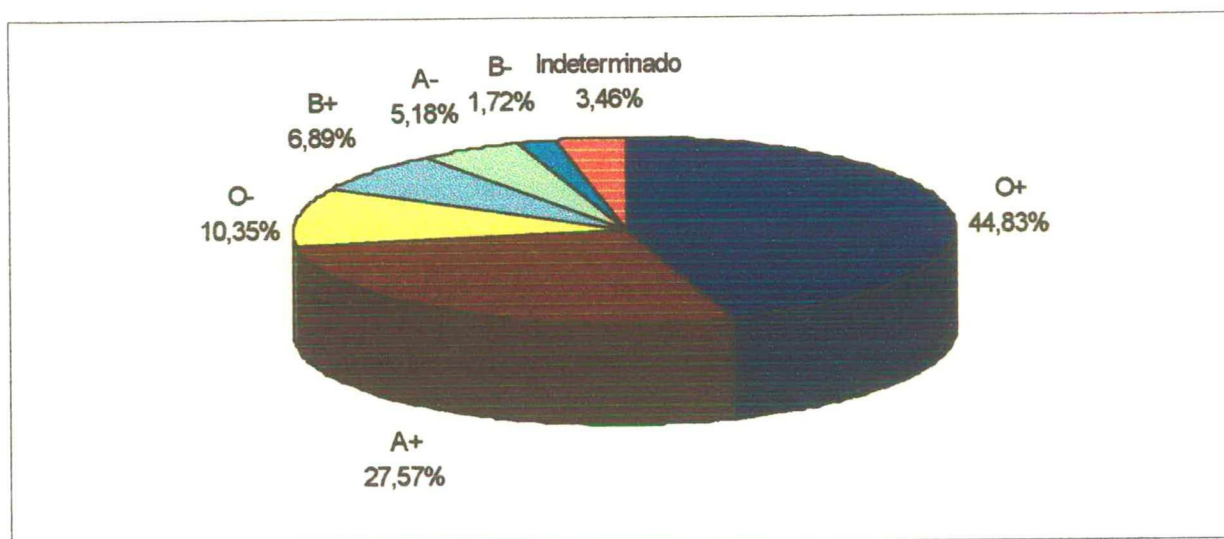


Figura 2: Distribuição do grupo sanguíneo das gestantes.

Das 58 gestantes, 6 (10,35%) não apresentavam nenhuma consulta de pré-natal, três (5,18%) gestantes não possuíam nenhum dado descrito no prontuário, duas (3,46%) gestantes não apresentaram o cartão de pré-natal na internação e 47 (81,01%) gestantes tinham no mínimo uma consulta de pré-natal (Tabela II).

Tabela II: Quantidade de gestantes em relação ao acompanhamento pré-natal.

Número de Consultas de Pré-natal	Número de Pacientes
sem consultas	6(10,35%)
sem dados	3(5,18%)
sem cartão de pré-natal	2(3,46%)
uma ou mais consultas	47(81,01%)

Eram primigesta 28 (48,29%) gestantes, 15 (25,86%) estavam em sua segunda gestação, 8 (13,79%) gestantes em sua terceira gestação e 7 (12,06%) tinham mais de três gestações anteriores (Tabela III).

Tabela III: Relação entre gestações anteriores e peso ao nascer (número de RNs).

GA	Primigesta	Segunda Gestação	Terceira Gestação	Mais de 3 Gestações
Peso				
501 - 750 g	3(4,54%)* [◊]	1(1,52%)	2(3,03%)	0
751 - 1.000 g	8(12,12%)* ^{⊗◊}	9(13,64%)	4(6,06%)	2(3,03%)
1.001 - 1.250g	9(13,64%)**	3(4,54%)*	1(1,52%)	2(3,03%)
1.251 - 1.499g	12(18,18%)**	6(9,09%)*	1(1,52%)	3(4,54%)

*Gestante gemelar, um com 740g outro com 800g
**Gestante gemelar, um com 1.240g outro com 1.320g
***Gestante gemelar, um com 855g outro com 1.380g
[◊]Gestantes gêmeares, mesmo grupo de peso.
[⊗]Gestante trigemelar, mesma grupo de peso.

Dentre as gestantes a idade gestacional variou de 23 a 38 semanas de gestação com uma média de 29 semanas (Figura 3).

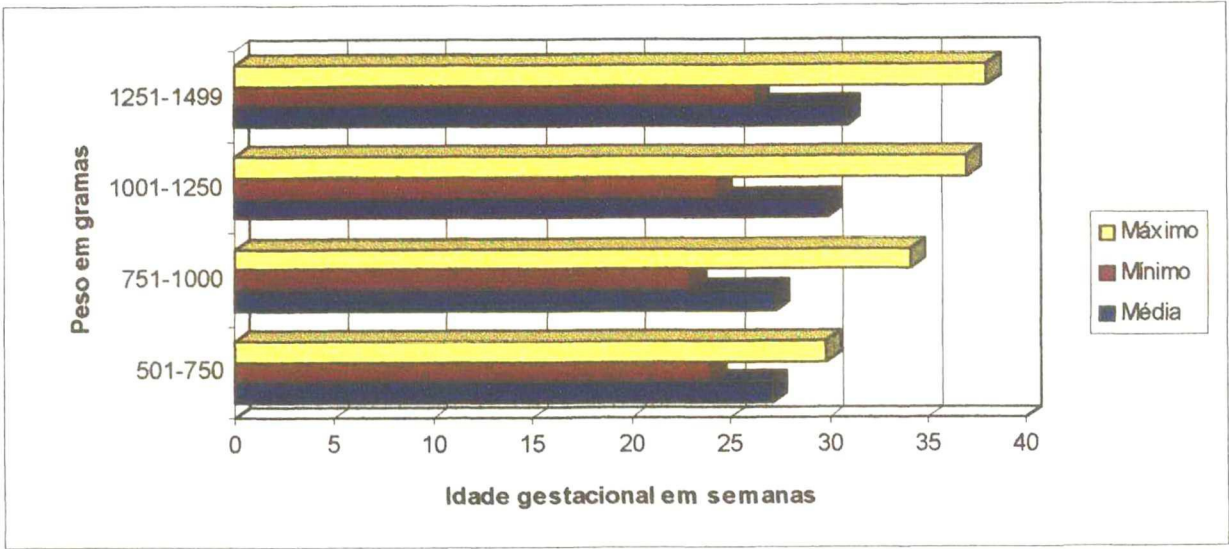


Figura 3: Distribuição da idade gestacional em relação ao grupo de peso dos RNs ao nascimento.

Em relação ao parto, 32 (48,48%) RNs nasceram em parto normal e 34 (51,52%) nasceram em parto cesárea (Figura 4).

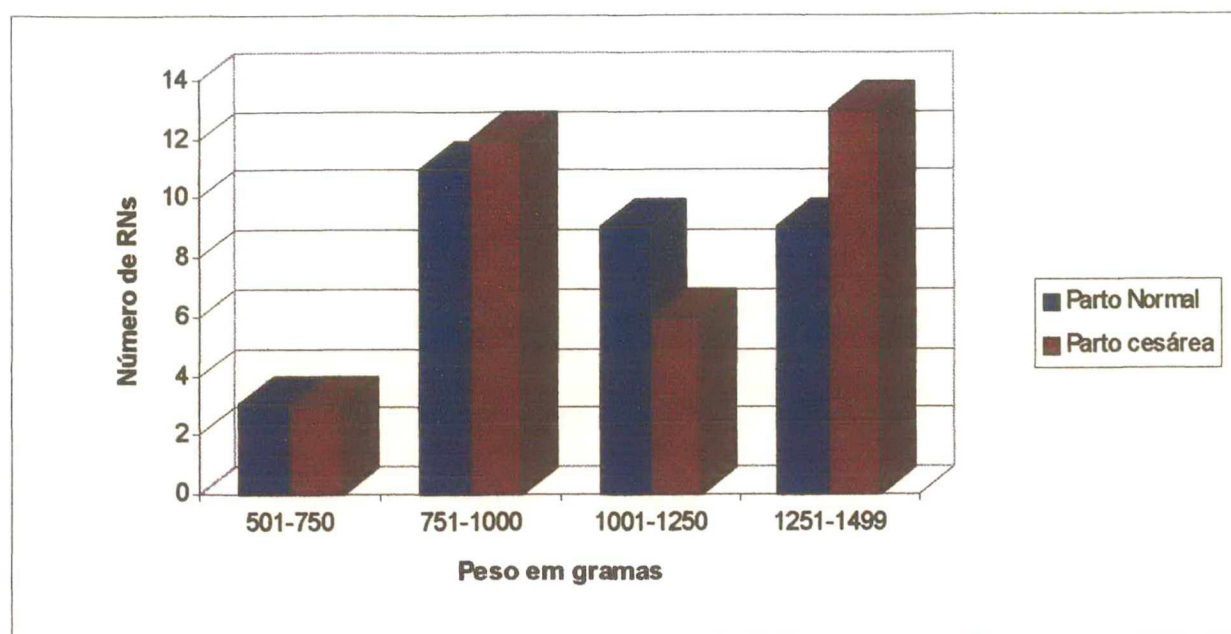


Figura 4: Distribuição de tipo de parto em relação ao grupo de peso dos RNs.

Como intercorrências que indicaram ou geraram o nascimento do RN de MBP foram: o trabalho de parto prematuro sem etiologia determinada em 33 (56,89%) gestantes, oligodrâmnio em 11 (18,96%) gestantes, pré-eclâmpsia em 9 (15,51%) gestantes, gestação múltipla em 8 (13,79%) gestantes, o sofrimento fetal crônico foi relatado em 4 (6,89%) gestantes, descolamento prévio de placenta em duas (3,46%) gestantes, corioamnionite em duas (3,46%) gestantes, eclâmpsia (n=1), placenta prévia (n=1) (Tabela IV). Apresentaram amniorrexe prematura, 11(18,96%) gestantes com um tempo maior de 24 horas, 6 (10,35%) gestantes apresentaram amniorrexe um período menor de 24 horas (Figura 5).

Tabela IV: Número de gestantes em relação a intercorrência que gerou o nascimento do RN de MBP.

Intercorrências	Número de Gestantes ou Fetos
Trabalho de parto prematuro	33(56,89%)
Oligodrâmnio	11 (18,96%)
Pré-eclâmpsia	9(15,51%)
Gestação múltipla	8(13,79%)
Sofrimento fetal crônico	4(6,89%)
Descolamento prévio de placenta	2(3,46%)
Corioamnionite	2(3,46%)
Eclâmpsia	1(1,72%)
Placenta prévia	1(1,72%)

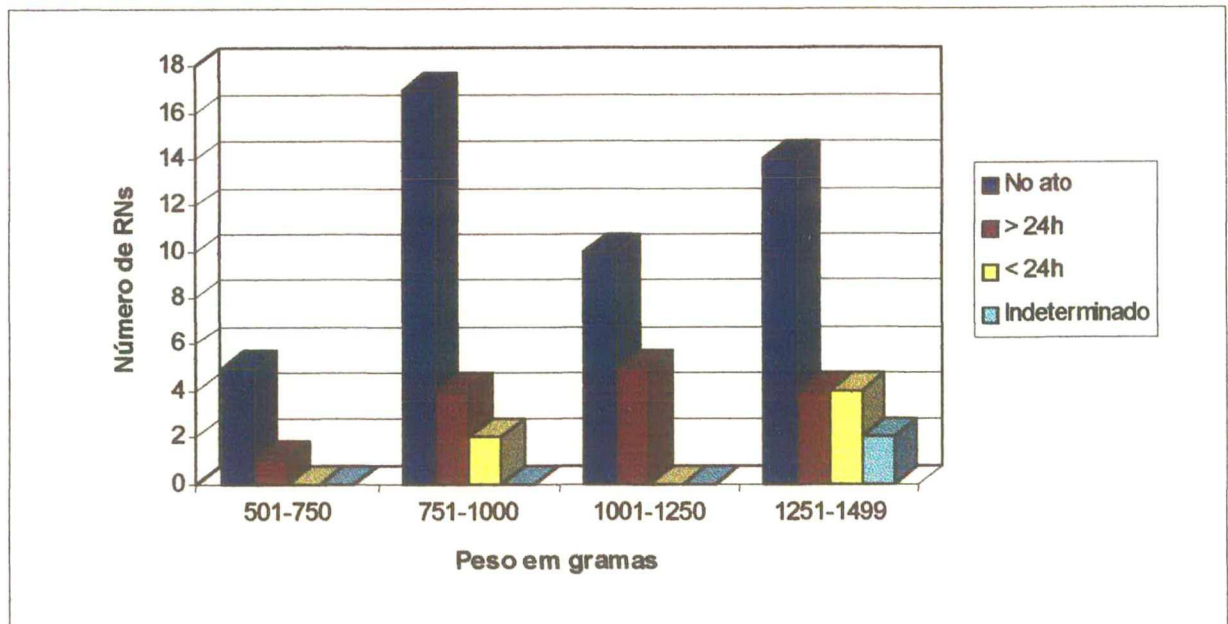


Figura 5: Distribuição do tempo de amniorrexe quanto ao peso do RN ao nascer.

Dos 66 protocolos analisados, o peso dos recém nascidos(RNs) teve uma média de 1.079,69g (570g-1.470g), 6 (9,09%) RNs tinham entre 500g e 751g, 23

(34,85%) RNs tinham de 751g a 1.000g, 15 (22,72%) RNs tinham entre 1.000g e 1.251g e 22 (33,34%) RNs pesavam entre 1.250 e 1.500g (Tabela V), 33 (50%) crianças eram do sexo feminino e 33 (50%) do sexo masculino.

Tabela V: Número de RNs quanto ao grupo de peso que pertencem.

Peso em gramas	Número de RNs
501 - 750	6 (9,09%)
751 - 1000	23 (34,85%)
1001 - 1250	15 (22,72%)
1251 - 1499	22 (33,34%)

Encontravam-se adequados para idade gestacional 43 (65,15%) RNs, 23 (34,85%) RNs foram classificados como pequenos para idade gestacional (Figura 6).

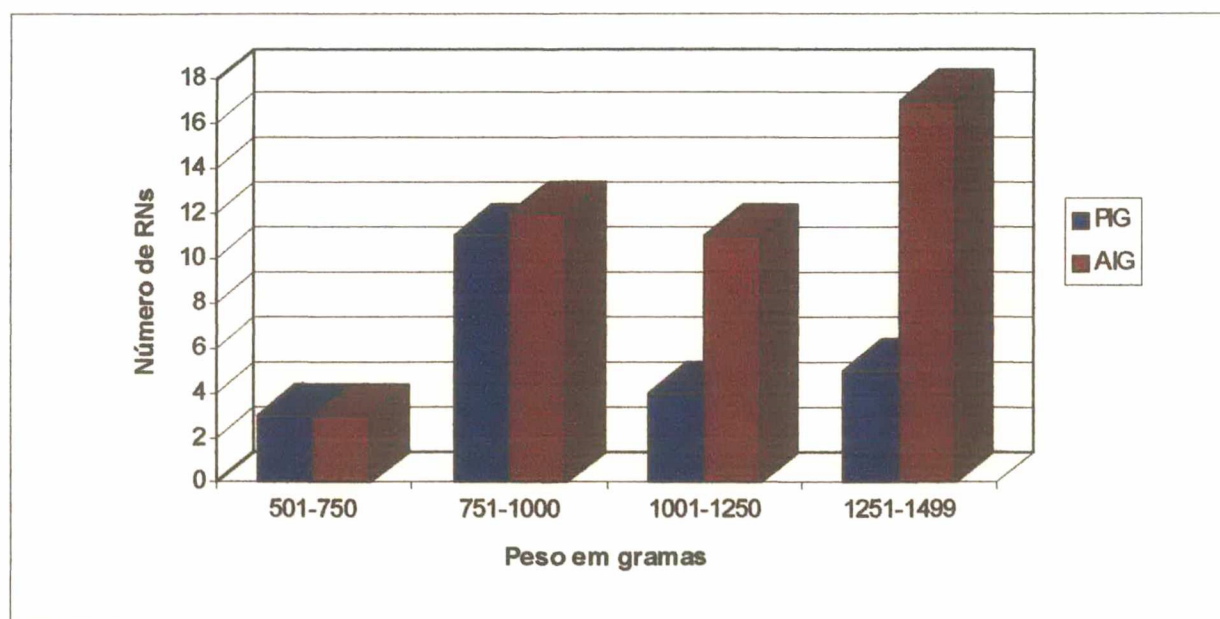


Figura 6: Distribuição da avaliação do crescimento intra-uterino em relação ao grupo de peso dos RNs.

A idade por exame físico dos RNs incluídos no estudo variou entre 24 semanas a 35 semanas e 3 dias com uma média de 30 semanas e 6 dias(Figura 7)(Tabela VI).

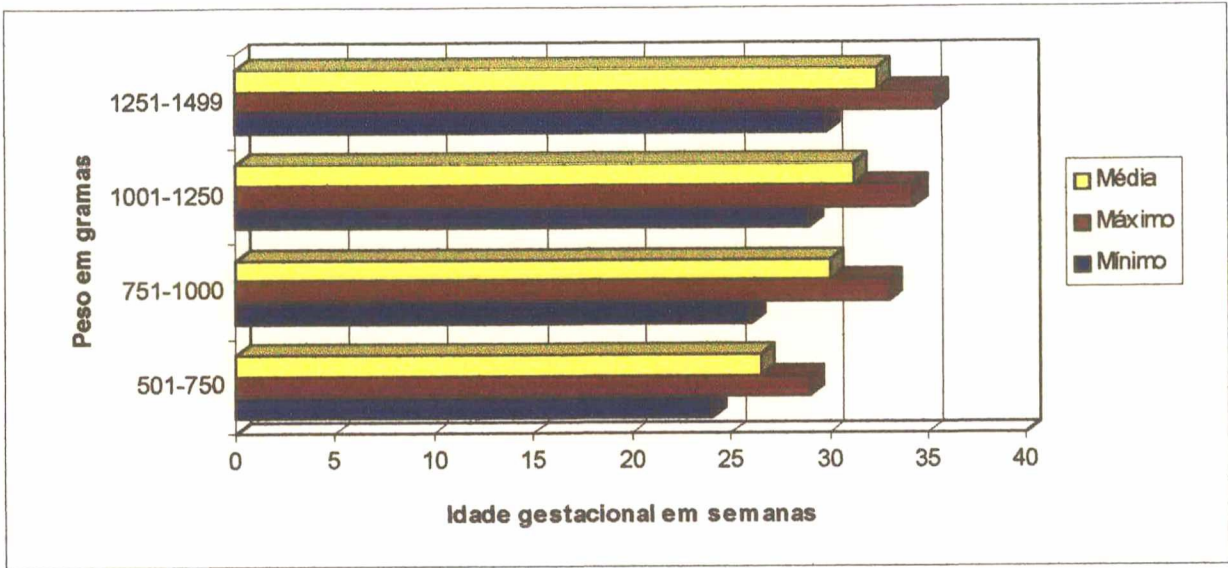


Figura 7: Distribuição da idade gestacional por exame físico em relação ao peso de nascimento.

Tabela VI: Distribuição dos RNs em gruposdo peso ao nascimento em relação a idade gestacional (IG) e idade gestacional por exame físico (IGF).

Peso	501 - 750	750 - 1.000	1.001 - 1250	1251 - 1499
IG (média)	27s 1d	27s 2d	29s 6d	30s 6d
IGF(média)	26s 4d	30s	31s 2d	32s 3d
IG(mínimo)	24s	23s	27s 3d	26s 2d
IGF(mínimo)	24s	26s	29s	29s 6d
IG(máximo)	29s 6d	34s 1d	37s	38s
IGF(máximo)	29s	33s	34s 2d	35s 3d

s = semanas
d = dias

Dos 66 RNs incluídos no estudo, 28 (42,43%) RNs apresentavam grupo sanguíneo O positivo, 21 (31,82%) RNs apresentavam tipo sanguíneo A positivo, 6 (9,09%) RNs eram B positivo, três (4,54%) RNs eram B negativo, dois (3,03%) RNs eram O negativo, dois (3,03%) RNs constavam como sendo A negativo e 4 (6,06%) RNs não apresentavam em seus prontuários os seus grupos sanguíneos (Figura 8).

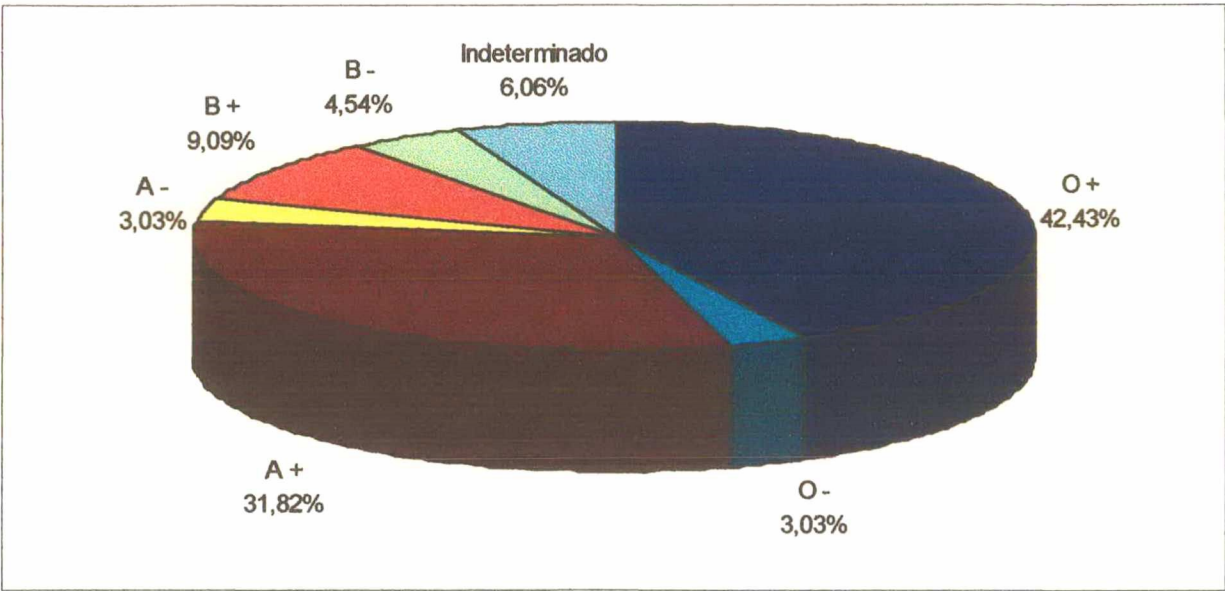


Figura 8: Distribuição dos pacientes e seus respectivos grupos sanguíneos.

Incompatibilidade ABO foi encontrada em 17 (25,75%) RNs e incompatibilidade Rh foi encontrada em 7 (10,61%) RNs, destes 3 RNs tinham ambas incompatibilidades (Tabela VII).

Tabela VII: Distribuição das incompatibilidades ABO e Rh em relação ao peso.

Peso	Incompatibilidade ABO	Incompatibilidade Rh
501 -750	2(4,54%)	1(1,52%)
751 - 1.000	9(13,64%)	1(1,52%)
1.001 - 1.250	3(4,54%)	3(4,54%)
1.251 - 1.499	2(3,03%)	2(3,03%)

As condições dos RNs ao nascer foram: 28 (42,43%) RNs foram considerados em depressão neonatal grave (DNG) no 1º.minuto; 7 (10,60%) RNs estavam com depressão neonatal grave no 5º.minuto; 16 (24,25%) RNs foram consideradas com depressão neonatal moderada(DNM) no 1º.minuto; 16 (24,25%) RNs estavam com depressão neonatal moderada no 5º.minuto; 23 (34,85%) RNs foram considerados como vigorosos no 1º. minuto; 43 (65,15%) RNs estavam vigorosos no 5º.minuto(Figura 9).

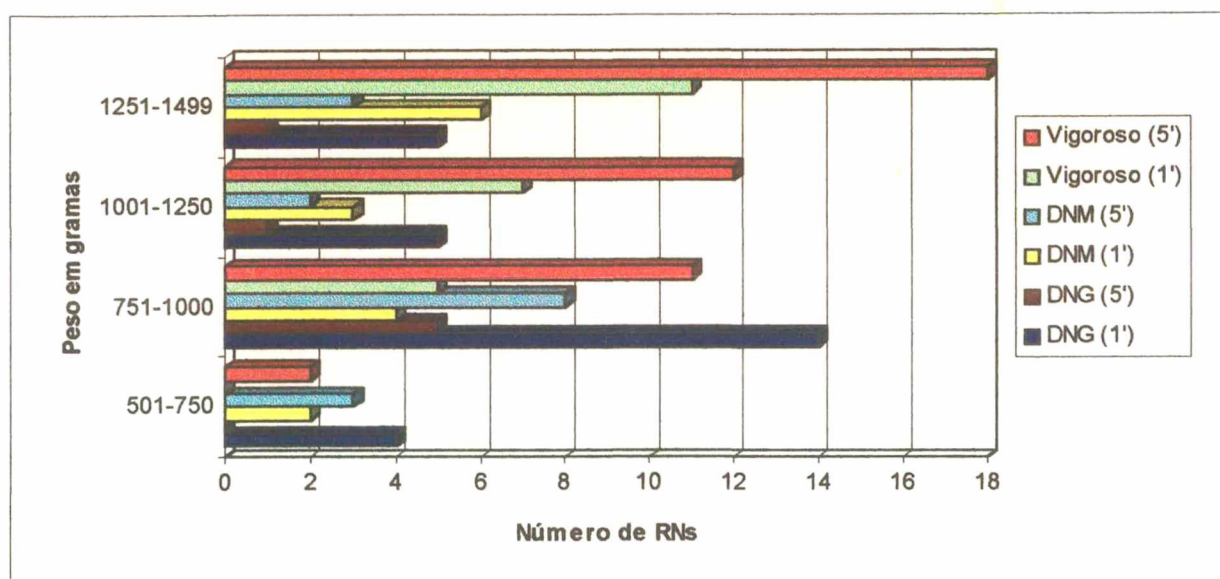


Figura 9: Distribuição dos RNs de acordo com índice de Apgar de 1º.minuto e 5º.minuto.

Dos RNs analisados houve necessidade de intubação em 29 (43,94%) RNs, houve administração de oxigênio via máscara em 12 (18,18%) RNs, e não necessitaram de nenhuma manobra de reanimação 25 (37,88%) RNs (Tabela VIII).

Tabela VIII: Cuidados de reanimação neonatal em relação ao número de RNs em seus grupos de peso ao nascimento.

Cond. Do RN \ Peso	501-750	750-1.000	1.001-1.250	1.251-1.499
Sem reanimação	0	5(7,58%)	6(9,09%)	14(21,21%)
Máscara	0	3(4,54%)	5(7,58%)	4(6,06%)
Intubação	6(9,09%)	15(22,72%)	4(6,06%)	4(6,06%)

Dentre os 66 RNs, 5 (7,58%) não necessitaram de nenhum tipo de suporte respiratório, 61 (92,42%) RNs receberam algum tipo de suporte ventilatório variando de 1dia a 73 dias com uma média de 9,08 dias (Tabela IX) (Figura 10).

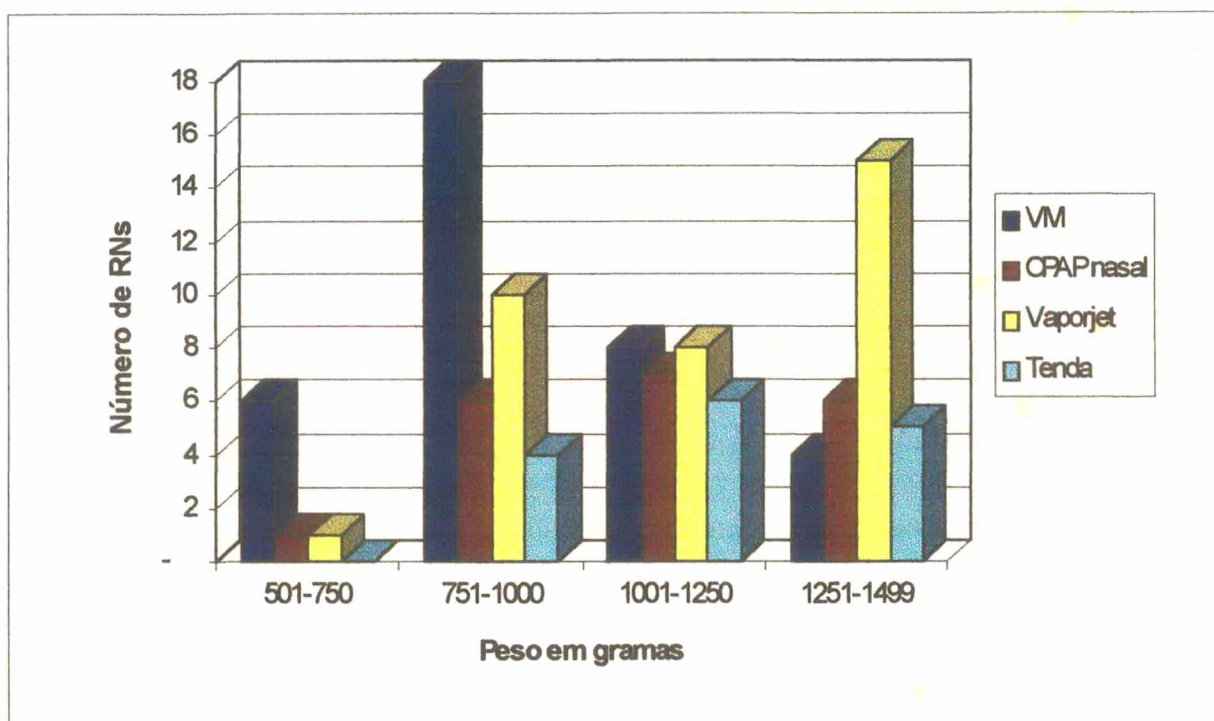


Figura 10: Distribuição do tipo de assistência ventilatória em relação ao número de RNs em seus grupos de peso.

Tabela IX: Distribuição dos dias de assistência ventilatória em relação ao grupo de pesos.

Peso	501-750	751-1.000	1.001-1.250	1.251-1.499
VM(média)	4	10,5	10,37	2,75
M(Desv. Padrão)	3,74	14,48	12,76	2,36
CPAP nasal(média)	5*	8,5	4	3,66
CPAP nasal(Desv.Padrão)	-	8,11	3,74	2,65
Vaporjet(média)	10*	9,6	4,5	2,46
Vaporjet(Desv. Padrão)	-	12,92	5,15	2,13
Tenda(média)	0	5,25	1,5	2,2
Tenda(Desv. Padrão)	-	7,22	0,83	2,16

* Um RN necessitou deste tipo de assistência ventilatória

As intercorrências dos RNs foram: 49 (74,24%) RNs apresentaram icterícia, 37 (56,06%) RNs tiveram alguma infecção neonatal, 35 (53,03%) RNs apresentaram anemia, 31 (49,96%) RNs apresentaram alguma doença cardiológica, 21 (31,82%) RNs desenvolveram durante a internação crise de apnéia, 19 (28,78%) RNs tiveram doença da membrana hialina (DMH), 17 (25,75%) RNs apresentaram outras doenças pulmonares, 16 (24,25%) RNs desenvolveram durante a internação Acidose Metabólica, 12 (18,18%) RNs apresentaram doenças neurológicas, 8 (12,12%) RNs desenvolveram hemorragia matriz germinativa (HMG), 7 (10,60%) RNs tiveram refluxo gastro-esofageano (RGE), 5 (7,58%) RNs nasceram com malformações congênita, 5 (5,58%) RNs tiveram tocotraumatismo, 4 (6,06%) RNs apresentaram enterocolite necrotizante (ECN), 4 (6,06%) RNs desenvolveram distúrbios da coagulação, três (4,54%) RNs tiveram retinopatia da prematuridade, três (4,54%) RNs apresentaram intoxicações por medicamentos, dois (3,03%) RNs nasceram com Síndrome de Down, um (1,52%) RN apresentou insuficiência renal aguda, um (1,52%) RN foi

diagnosticado com rubéola congênita, um (1,52%) RN necessitou de exsangüíneo transfusão e 5 (7,58%) RNs foram transferidos para outro hospital.(Tabela X).

Tabela X: Intercorrências de RNs durante sua internação de acordo com sistemas.

Intercorrência	Número de RNs
Icterícia	49(74,24%)
Infecção neonatal	37(56,06%)
Anemia	35(53,03%)
Cardiopatias	31(49,96%)
Crises de apnéia	21(31,82%)
DMH	19(28,72%)
Outra doenças pulmonares	17(25,75%)
Acidose metabólica	16(24,25%)
Neuropatias	12(18,18%)
HMG	8(12,12%)
RGE	7(10,60%)
Malformações congênita	5(7,58%)
Tocotraumatismo	5(7,58%)
ECN	4(6,06%)
Distúrbio da coagulação	4(6,06%)
Retinopatia da prematuridade	3(4,54%)
Intoxicação medicamentosa	3(4,54%)
Síndrome de Down	2(3,03%)
Insuficiência renal aguda	1(1,52%)
Rúbeola congênita	1(1,52%)
Exsangüíneo transfusão	1(1,52%)
Transferidos	5(7,58%)

A fototerapia foi executada, em 61 (92,42%) RNs, com uma média de 5,22 dias, variando entre menos de 1 dia a 15 dias.

O tempo de internação na UTIN variou entre menos de um dia a 85 dias com média de 25,17 dias (Figura 11), o tempo de internação total variou entre menos de um dia a 111 dias com média de 41,48 dias (Figura 12) (Tabela XI).

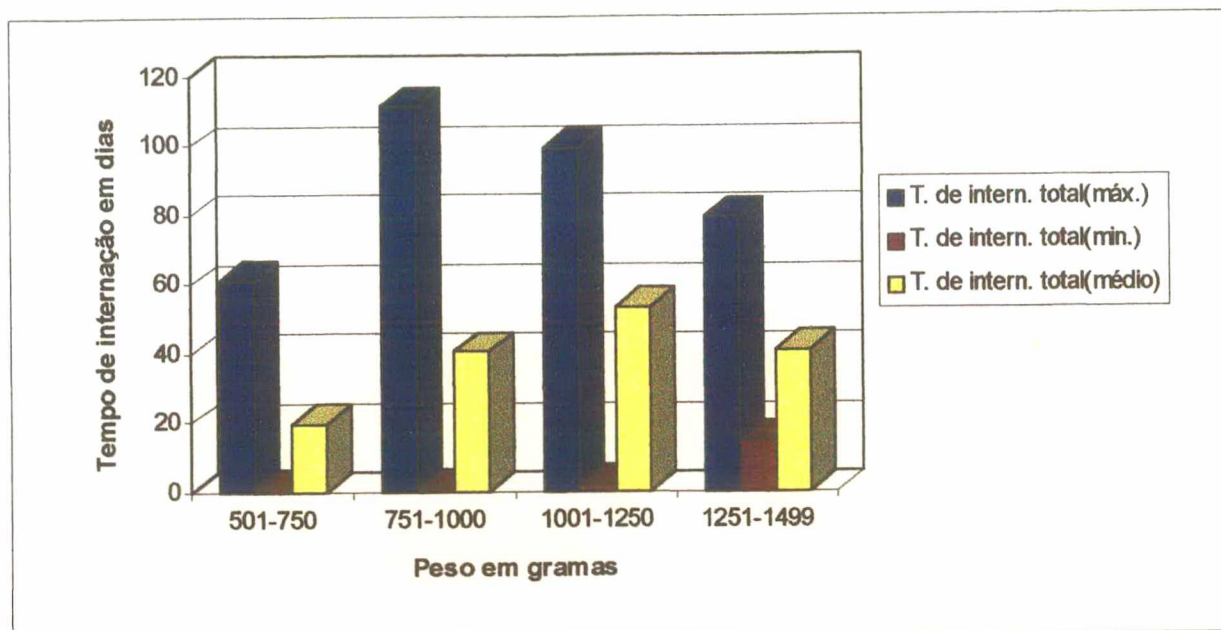


Figura 11: Tempo de internação dos RNs em UTIN em relação ao número de RNs em seus grupos de peso.

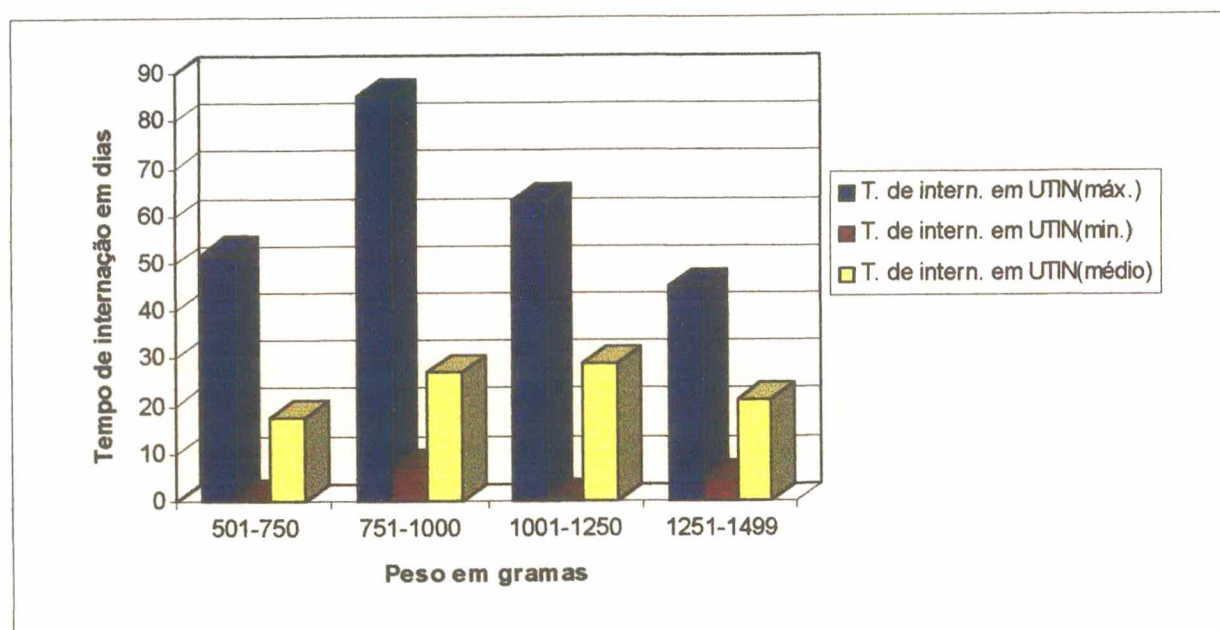


Figura 12: Tempo de internação total dos RNs em relação ao número de RNs em seus grupos de peso.

Tabela XI: Tempo de internação em UTIN (TIU) e tempo de internação total (TIT) em relação grupos de peso de RNs.

Peso	501-750	751-1.000	1.001-1.250	1.250-1.499
TIU(média)	17,5	26,91	28,93	21,09
TIT(média)	19,75	40,43	53	40,68
TIU(máximo)	52	85	63	45
TIT(máximo)	61	111	99	79
TIU(mínimo)	1	7	1	5
TIT(mínimo)	1	1	2	15

O óbito no período de internação na UCN ocorreu em 5 (7,58%) RNs com o peso de 501 a 750, em 11 (16,66%) RNs com o peso entre 750 a 1.001g, em dois (3,03%) RNs com o peso de 1.001 a 1.250g e um (1,52%) RN com o peso entre 1.250 a 1.500g, num total de 28,78% (Figura 13).

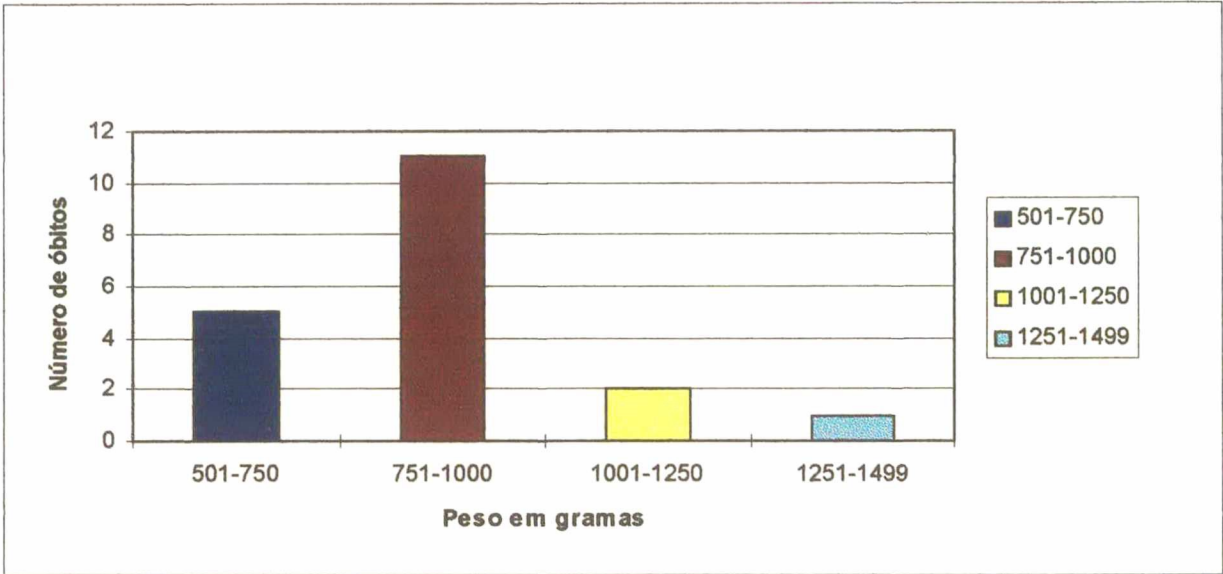


Figura 13: Número de óbito em relação ao peso.

Ocorreram 4 (21.04%) óbitos em um período menor que um dia, 11 (57,92%) RNs evoluíram para óbito entre um a 7 dias e 4 (21,04%) foram a óbito num período que variou de 7 a 28 dias (Tabela XII).

Tabela XII: Distribuição da idade de óbito em relação ao número de óbitos em seus grupos de peso.

Peso	< 1 dia	1 - 7 dias	7 - 28 dias
501-750	2(10,52%)	2(10,52%)	1(5,27%)
751-1.000	2(10,52%)	7(36,86%)	2(10,52%)
1.001-1.250	0	2(10,52%)	0
1.251-1.249	0	0	1(5,27%)

Os óbitos tiveram como causa as complicações da doença da membrana hialina(DMH) (hemo-pneumotórax, pneumotórax, hemorragia e insuficiência respiratória)em 13 (68,42%) RNs, sepse em 4 (21,04%) RNs, choque cardiogênico em um (5,27%) RN, e Coagulação intravascular disseminada (CIVD) em um (5,27%) RN (Tabela XIII).

Tabela XIII: Distribuição da causa do óbito.

Causa do óbito	Número de pacientes
Complicações da DMH	13(68,42%)
Choque séptico	4(21,04%)
Choque cardiogênico	1(5,27%)
CIVD	1(5,27%)

5. DISCUSSÃO

Os RNs de MBP foram 1,49% dos nascimentos de 24 de outubro de 1.995 a 31 de dezembro de 1.997, variante semelhante a outros serviços, inferior a 2%⁶⁻²¹.

A idade materna tinha uma média de 24,77 anos, média semelhante a outros estudos, 25,86% de gestantes com menos de 19 anos e 10,35% de gestantes com mais de 35 anos, quanto a gestantes com mais de 35 anos as citações variaram de 20 a 28%¹⁻⁶⁻²²⁻²³. A raça predominante foi a branca com 94,82% a oposto dos textos americanos onde a predominância da raça negra em alguns estudos¹⁻¹⁵⁻¹⁷⁻²⁴.

O HU-UFSC em relação a área de sua abrangência populacional atendeu a 24,14% dos RNs de MBP, outros 24, 14% foram provenientes da cidade de Florianópolis (localidades não próximas a universidade), a maioria 51,72% são oriundos de outras localidades.

A maioria das gestantes eram casadas (48,29%), que discordou de trabalhos que mostravam 33% de gestantes casadas¹ ou 67,1% de gestantes solteiras²⁵.

Avaliou-se o sistema Rh, o negativo representou 17,25%, resultado relatado como esperado já que houve predominância da raça branca, cuja incidência era de 15%²⁶.

Das 58 gestantes 81,01% tiveram pelo menos uma consulta pré-natal, 10,35% não tiveram nenhum seguimento, entretanto, em outros estudos relatou-se uma média 19,5% de gestantes sem seguimento pré-natal¹⁻¹⁷. Martinez et col., relatou que 60% das gestantes fizeram acompanhamento pré-natal⁶. Observou-se um acompanhamento irregular, pela dificuldade de se obter as variantes sobre o pré-natal das gestantes

A grande maioria, 48,29% foram primigesta dado semelhante a literatura¹⁷⁻²⁷. Com exceção de uma gestantes que pela idade gestacional estavam a termo (38 semanas a 42 semanas), a média da idade gestacional foi de 29 semanas semelhante a literatura¹⁷⁻²⁵⁻²⁷⁻²⁸.

A incidência foi semelhante de parto normal (48,48%) ou cesareana (51,52%) e com exceção do grupo de peso de 1.001 a 1.250g houve prevalência de parto cesareana em todos os grupos de peso estudado, contudo, alguns estudos relataram valores semelhantes¹⁻⁹⁻¹⁷, mas, Miura et al. nos mostrou que 32,1% dos RNs de 500 a 999g nasceram de parto cesareana e 63,2% dos RNs de 1.000 a 1.499g nasceram de parto cesareana, outros, citam taxas de 15 a 29% de parto cesareana²³⁻³⁰.

As intercorrências no parto basicamente foram consideradas como sendo a causa do nascimento do RN pré-termo (< de 37 semanas completas), 56,89% de gestantes tiveram trabalho de parto prematuro que geraram em sua maioria os partos normais as outras intercorrências como amniorrexe prematura ou oligodrâmnio foram a indicação da cesareana. As intercorrências apresentadas neste estudo tiveram incidência semelhante na literatura estudada²⁵⁻³⁰.

Quanto aos grupos de peso estudados a incidência da quantidade de RNs em relação a eles, mostrou dois picos com incidência semelhantes no grupo de 751 a 1.000 g (34,85%) e 1.251 a 1.499 g(33,34%), diferente da escala crescente encontrada na literatura estudada¹⁻⁶⁻¹⁵⁻¹⁷.

A adequação do peso do RN com a idade gestacional foi de 34,85% de pequenos para idade gestacional, contudo, na literatura houveram grandes variações 10 a 36,7%⁹⁻¹⁷⁻²⁵.

A idade gestacional por exame físico média de 30 semanas e 6 dias foi semelhante a encontrada na literatura¹⁻¹⁷.

Depressão neonatal grave foi encontrado em 42,43% nos RNs no primeiro minuto e 65,15% eram vigorosos no quinto minuto, com relação a depressão neonatal de 5º.minuto sua incidência foi tanto maior quanto foi menor o peso. A incidência de DNG ou DNM foi alta também nos textos lidos ¹⁻⁶⁻⁹⁻¹⁷⁻³¹. Comparando os dados deste estudo com o realizado nos RNs do HU-UFSC de outubro de 95 a março de 96 com todos o RNs nascidos vivos, 89,3% apresentaram-se vigorosos no 1º.minuto e apenas 0,4% dos RNs tinham índice de Apgar menor que 3 no 5º minuto ³². Quanto a reanimação foi necessária em 62,12% valor que coincide ao de RNs com DNG e DNM no 1º minuto.

A assistência ventilatória foi necessária em 92,42% dos RNs com uma média de 9,08 dias. A literatura encontrada citou que 57,4% dos RNs com peso de 500 a 1.000g foram submetidos a algum tipo de assistência, e entre 999 e 1501 gramas a assistência foi feita em 53,6 %, relata ainda que crianças PIG necessitaram de menos suporte ventilatório que as AIG ³³. Hack et al. constatou que 69% do RNs estudados (n=1804) foram submetidos a algum tipo de suporte respiratório ¹⁷. Outros estudos relatam que 41% dos RNs receberam assistência ventilatória por mais de 48 horas ¹⁸, que 70% dos RNs requereram assistência ventilatória por mais de 72 horas ³⁴, que a média de 17 dias de ventilação mecânica ²⁸, isto demonstra que em relação a alguns trabalhos a frequência de RNs que foram submetidos a assistência ventilatória foi maior neste estudo, mas, o tempo, em média foi menor.

As intercorrências nos RNs apresentou-se com: 74,24% que justificaria a alta incidência dos RNs submetidos a fototerapia mesmo com uma diferença de 18,18%; quanto as doenças comuns aos RNs prematuros, 28,72% tiveram DMH, 12,12% tiveram HMG, 6,06% desenvolveram ECN e 4,54% tiveram retinopatia da prematuridade. As doenças comuns da prematuridade demonstraram ser menos diagnosticadas neste estudo que na literatura onde verificou-se uma

freqüência de 56 a 70% de DMH ¹⁷⁻³⁵, 40% de HMG ¹⁷, 8% de ECN ¹⁷, Graziano et al. verificou uma prevalência de 29,9% de retinopatia de prematuridade em RNs de muito baixo peso e conclui que o exame oftalmológico deve ser realizado em todo recém nascido de muito baixo peso, principalmente nos RNs com peso ao nascer inferior a 1.250g e/ou idade gestacional inferior a 34 semanas, e que o primeiro exame oftalmológico deve ser realizado por um profissional treinado, entre 3 a 4 semanas de vida ³⁶. A UCN manteve um seguimento oftalmológico em todos pacientes de alto risco

Tempo de internação na UTIN média teve seu pico com 28,93 dias que ocorreu no grupo de 1.001 a 1.250g, o pico também ocorreu para o tempo de internação total com média de 53 dias para o grupo de 1.001 a 1.250g alguns estudos tiveram média de tempo de internação maior de 63 a 75,8 dias ⁹⁻¹⁶⁻²⁸. Combs-Orme relatou uma média de 53,5 dias de tempo de internação semelhante a este estudo ²⁵. Freeman et al. em um estudo relatou que em períodos distintos de 1.975 a 1.982 em grupos de peso diferentes a média de tempo de internação total variou de 11,7 dias a 88 dias ¹⁶.

Foram a óbito 28,78% dos RNs, destes, somente um RN na faixa dos 501 a 750g, a freqüência dos óbitos variou na literatura de 28,9 a 88,6% ⁶⁻¹²⁻³³⁻³⁷⁻³⁸⁻³⁹. O óbito ocorreu em sua maioria na primeira semana de vida diferente da literatura onde a freqüência maior de tempo de vida foi de menos de um dia variou de 55,1% a 61,03 ⁵⁻¹². A DMH teve uma freqüência menor que a de outros estudos, entretanto foram as complicações desta a principal causa de óbito neste estudo. A maior causa de morte neonatal numa população pobre, vivendo em condições higiênicas deficientes e cujas mães trabalhavam durante a gestação, era por infecção do líquido amniótico, sendo 80 % dos casos com bolsa íntegra ²⁹, todavia, Barbieri et al. observou em seu estudo que 46,4% dos RNs (500 - 1.500g) não têm diagnóstico de sua causa morte, que 24,3% foram a óbito pela

DMH, 17,9% por causas obstétricas, 4,9% por infecções, 4,7% por miscelânea e 1,8% por malformações congênitas ⁵.

6. CONCLUSÃO

Neste trabalho:

1. Caracteriza-se a gestante como tendo: em média 24 anos, maioria branca, proveniente alguma localidade da Grande Florianópolis (70,7%), casada (48,29%), grupo sanguíneo O positivo (44,83%), com acompanhamento pré-natal (81,01%), primigesta (48,29%), com idade gestacional média de 29 semanas.

2. Caracteriza-se o parto, cesareana (51,52%) originada por oligodrâmnio (18,96%) e/ou tempo de amniorrexe prematura maior de 24 horas (18,96%) ou parto normal (48,48%) gerado por um trabalho de parto prematuro sem etiologia (56,89%).

3. Caracteriza-se o recém nascido de muito baixo peso com peso médio de 1.079 gramas, adequado para idade gestacional (65,15%) com média de idade por exame físico de 30 semanas e 6 dias, grupo sanguíneo O positivo (42,43%), com depressão neonatal grave no primeiro minuto (42,43%) necessitando de intubação endotraqueal (43,94%), vigoroso no quinto minuto (65,15%), necessitando de 9 dias de assistência ventilatória (92,42%), evoluindo na internação de em média por 25 dias em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 41 dias de internação total com icterícia (74,24%), infecção neonatal (56,06%) e anemia (53,03%), necessitando em média de 5 dias de fototerapia. Contudo o RN de 1.079g pode evoluir com óbito (28,79%) na primeira semana (57,92%) por uma complicação da doença da membrana hialina (68,42%).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hack M, Horbar JD, Malloy MH, Tyson JE, Wright E, Wright L. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network. *Pediatrics* 1991; 87(5):587-97.
2. Horta VF, Torrado da Silva A, Mendes M, Jardim A, Biscaya J. Mortalidade perinatal em Portugal: usando a classificação de Wigglesworth. *Jornal de Pediatria* 1991; 67(9/10):305-7.
3. Goldsmith JP, Karotkin EH. Introduction to assisted ventilation. In: Goldsmith JP, Karotkin EH, Assisted ventilation of the neonate. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1996. p.1-19.
4. Doherty FM, Silva RMN, Doherty MJZ. Mortalidade pós-neonatal segundo o peso ao nascer. *Jornal de Pediatria* 1991; 67(7/8):245-8.
5. Barbieri MA, Zucoloto S, Gomes UA, Gurgel RQ, Cipolotti R, Kajiwara JK, et al. Estudo do comportamento das taxas de mortalidade fetal, perinatal e neonatal em um hospital universitário. *Jornal de Pediatria* 1988; 64(6):205-10.
6. Martinez FE, Jorge SM, Gonçalves AL, Ferlin MLS. Recém-nascidos com menos de 1.500g I - Aspectos epidemiológicos em três épocas distintas nos últimos 15 anos. *Jornal de pediatria* 1983; 55(1):23-8.

7. Scanlon JW. The very-low-birth-weight infant. In: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, Neonatology: Pathophysiology and management of the newborn. 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1994. p.399-416.
8. Mills MD, Nageotte MP, Elliot JP, Crade M, Dorchester W. Reliability of ultrasonographic formulae in the prediction of fetal weight and survival of very-low-birth-weight infants. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(5):1568-74.
9. Kim CR, Vohr BR, Oh W. Effects of maternal hypertension in very-low-birth-weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:686-91.
10. McCormick MC, The Contribution of Low Birth Weight to Infant Mortality and Childhood morbidity. *N Engl J Med* 1985; 312(2):82-90.
11. McCormick MC, Long-term follow-up of infants discharged from neonatal intensive care units. *JAMA* 1989; 261(12):1767-72.
12. Sarrasqueta P. Mortalidad neonatal. In: Sola A, Urman J, Cuidados intensivos neonatales. 3^a. ed. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana S.A.;1988. p.721-28.
13. Neomortalidade nos últimos 10 anos do Serviço de Neonatologia da Maternidade de Campinas. *Jornal de Pediatria* 1989; 65(9):353-55.
14. Lippi UG, Garcia SAL, Grabert H. Quantificação do risco obstétrico - I. Risco relativo de vários fatores para baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1993; 15:177.

15. Lantos JD, Miles SH, Silverstein MD, Stocking CB. Survival after cardiopulmonary resuscitation in babies of very low birth weight Is CPR futile Therapy? N Engl J Med 1988; 318(2):91-5.
16. Freeman J, Platt R, Sidebottom DG, Leclair JM, Epstein MF, Goldmann DA. Coagulase-Negative Staphylococcal Bacteremia in the Changing Neonatal Intensive Care Unit Population. JAMA 1987; 258(18):2548-52.
17. Hack M, Wright LL, Shankaran S, Tyson JE, Horbar D, Bauer CR, et al. Very-low-birth-weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network, november 1989 to october 1990. Am J Obstet Gynecol 1995; 172(2):457-64.
18. Kraybill EN, Bose CL, D'Ercole J, Chronic lung disease in infants with very low birth weight. Am J Dis Child 1987; 141:784-8.
19. Roselli CAM, Segre CAM. Classificação do R.N. In: Segre CAM, Amellini PA, Marino WT, RN. 3^a. ed. São Paulo: Sarvier; 1991. p.17-23.
20. Ehrenkranz RH. Cuidados intensivos do recém nascido. In: Oski FA, Deangelis CD, Feingin RD, et al. Princípios e prática de pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992; p.301.
21. Bicalho-Mariotoni GG, Barros Filho AA. Nascer em Campinas: Análise de Dados do Sinasc, 1995. Rev Paul Pediatria 1997; 15(01):24-30.

22. Iannucci TA, Tomich PG, Gianopoulos JG. Etiology and Outcome of extremely low-birth-weight infants. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(6):1896-902.
23. Delaney-Black V, Lubchenco LO, Butterfield LJ, Goldson E, Koops BL, Lazotte DC. Outcome of very-low-birth-weight infants: Are populations of neonates inherently different after antenatal versus neonatal referral? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160(3):545-52.
24. Murray JL, Bernfield M. The differential effect of prenatal care on the incidence of low birth weight among blacks and whites in a prepaid health care plan. *N Engl J Med* 1988; 319(21):1385-91.
25. Combs-Orme T, Fishbein J, Summerville C, Evans MG. Rehospitalization of very-low-birth-weight Infants. *Am J Dis Child* 1988; 142:1109-13.
26. Segre CAM, Costa HPF, Moraes JRL, Lippi UG, Lyra F. Icterícia neonatal. In: Segre CAM, Amellini PA, Marino WT, RN. 3^a. ed. São Paulo: Sarvier; 1991. p.187-216.
27. Copper RL, Goldenberg RL, Creasy RK, DuBard MB, Davis RO, Entman SS, et al. A multicenter study of preterm birth weight and gestational age-specific neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(1):78-84.
28. Williamson WD, Wilson GS, Lifschitz MH, Thurber AS. Nonhandicapped very-low-birth-weight infants at one year of age: developmental profile. *Pediatrics* 1990; Supplement:405-10.

29. Miura E. Mortalidade Perinatal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Jornal de Pediatria* 1991; 67(1/2):34-41.
30. Lubchenco LO, Butterfield LJ, Delaney-Black V, Goldson E, Koops BL, Lazotte DC. Outcome of very-low-birth-weight infants: Does antepartum versus neonatal referral have a better impact on mortality, morbidity, or long-term outcome? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160(3):539-44.
31. Miyoshi MH, Guinsburg R, Kopelman BI, Kantorowitz J, Rodrigues AS. Terapêutica de reposição com surfactante exógeno em recém-nascidos prematuros com Síndrome do Desconforto Respiratório. *Jornal de Pediatria* 1993; 69(4):235-43.
32. Medeiros LK. Vitalidade dos recém-nascidos na maternidade do Hospital Universitário: período compreendido entre 24 de outubro de 1995 a 31 de março de 1996. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. 46p.
33. Mussi-Pinhata MM, Camelo Júnior JS, Jorge SM, Gonçalves AL, Martinez FE, Ferlin MLS. Recém-nascido e suporte ventilatório. *Jornal de Pediatria* 1992; 68(3/4):100-5.
34. Davidson S, Schrayner A, Wielunsky E, Krikler R, Lilos P, Reisner SH. Energy intake, growth, and development in ventilated very-low-birth-weight infants with and without bronchopulmonary dysplasia. *Am J Dis Child* 1990; 144:553-8.

35. Hamvas A, Wise PH, Yang RK, Wampler NS, Noguchi A, Maurer MM, et al. The influence of the wider use of surfactant therapy on neonatal mortality among blacks and whites. *N Engl J Med* 1996; 334(25):1635-40.
36. Graziano RM, Leone CR, Cunha SL, Pinheiro AC. Prevalência da retinopatia da prematuridade em recém-nascido de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria* 1997; 73(6):377-83.
37. Zucoloto S, Barbieri MA, Gomes UA, Gurgel RQ, Cipolotti R, Kajiwara JK, et al. Estudo do comportamento das taxas de mortalidade fetal, perinatal e neonatal em um hospital universitário. *Jornal de Pediatria* 1988; 64(7):299-305.
38. Dueñas E, Texidó CS. Mortalidad Perinatal. *Jornal de Pediatria* 1989; 65(1/2):33-5.
39. Miranda GRP, Barros Filho A, Azevedo TLB, Pinto LAM, Costa NER, Vasconcelos TMRS, et al. Desempenho do Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário Antonio Pedro. *Jornal de Pediatria* 1993; 69(1):29-35.

NORMAS ADOTADAS

As normas para a digitação do trabalho seguem a resolução nº 001/97 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

As referências bibliográficas seguem o Estilo de Vancouver, conforme a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, com algumas adaptações.

RESUMO

Objetivou-se neste estudo descrever algumas das características dos RNs de muito baixo peso (< de 1.500 g) internados na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina(HU-UFSC).

Estudou-se 72 RNs internados na UTIN do HU-UFSC obtendo-se os dados com a ajuda de um protocolo do prontuários médicos.

Sobre as gestantes chegou-se nos seguintes resultados e conclusões: a idade média foi de 24,77 anos, 24,14% eram provenientes de localidades próximas ao HU-UFSC, 48,29% das gestantes eram casadas, 44,83% tinham grupo sanguíneo O+, 81,01% tiveram acompanhamento pré-natal, 48,29% eram primeigesta e a idade gestacional média foi de 29 semanas. Sobre o parto, 51,52% nasceram de parto cesareana, 56,89% das gestantes tiveram trabalho de parto prematuro, 18,96% das gestantes tiveram amniorrexe maior de 24 horas. Sobre o RN, o peso médio foi 1079,69g, 50% eram masculinos, 34,85% eram pequenos para idade gestacional, a idade por exame físico média foi de 30 semanas e 6 dias, 42,43% eram do grupo sanguíneo O+, 42, 43% dos RNs tiveram índice de APGAR menor de 3 no 1º.minuto, 65,15% tiveram índice de APGAR acima de 7 no 5º.minuto, 43,94% dos RNs necessitaram de intubação endotraqueal, 92,42% dos RNs precisaram de assistência ventilatória. De intercorrência 74,24% apresentaram icterícia, 56,06% infecção neonatal, 53,03% anemia, 49,96% doenças cardiológicas e 92,42% foram submetidos a fototerapia. O tempo de internação na UTIN médio foi de 25,17 dias e o tempo de internação total médio foi de 41,48 dias. Foram a óbito 28,79% dos RNs.

SUMMARY

In this study we aimed to describe some very low weight new-born (< 1500g) characteristics, that have been interned in UTIN - HU - UFSC.

We studied 72 new-born interned in UTIN - HU - UFSC, with data from a questionnaire made through medical paper.

About the pregnant women we had the following results and conclusions: the middle-age was 24.77 years old, 24.14% were from places near HU - UFSC, 48.29% of them were married, 44.83% belonged to O + blood group, 81.01% had antenatal follow, 48.29% were primipara and the middle-gestational age was 29 weeks. About delivery, 51.52% were born by caesarean section, 56.89% of the pregnant women had premature delivery, 18.96% of them had amniorrhexis longer than 24 hours. About the new born, the middle-weight was 1079.69g, 50% were male, 34.85% were small for the gestational age, the middle-age by physical examination was 30 weeks and 6 days, 42.43% belonged to O + blood group, 42.43% had APGAR index lower than 3 at the first minute, 65.15% had APGAR index upper than 7 at the fifth minute, 43.94% of the new born needed endotracheal intubation, 92.42% of them needed ventilatory assistance. By intercorrences, 74.24% presented jaundice, 56.06% neonatal infection, 53.03% anaemia, 49.96% cardiologic diseases, 92.42% had been under phototherapy. The UTIN internation middle-time was 25.17 days, and the totally internation middle-time was 41.48 days. 28,79% of the new-born had died.

APÊNDICE 1

PROTOCOLO DE RN DE MBP

Data De Nascimento:		Reg:	
Dados Maternos			
Mãe:	Idade:	Cor:	
Domicílio: _____			
Estado Civil:		Profissão:	
Tipo Sangüíneo:		Instrução:	
Pré-Natal:	Gesta:	Para:	Ces: Aborto:
Intercorrência: _____			
Vdrl:	Toxoplasmose:	Rubéola:	
Tabagismo	Alcoolismo:	Drogas:	
Dados Do Parto			
Id. Gestacional: Tipo Do Parto:			
Indicação Cesárea:			
Amniorexe:	Tempo:	Anestesia:	
Característica Do Líquido:		Medicação No Parto:	
Complicações: _____			
Dados Do Rn			
Classificação Do Rn:		Tipo Sangüíneo:	
Peso:	Sexo:	Id. Por Ex. Fís.:	Apgar: 1': 5':
Perímetro Cefálico:	Altura:	Ressuscitação:	
Tempo De Internação Na Uti:			
Motivo: _____			
Ingestão Enteral: <input type="checkbox"/> Oral: Tipo alimento: _____			
<input type="checkbox"/> Sondagástrica: Tipo alimento: _____			
<input type="checkbox"/> Sondajejunal: Tipo alimento: _____			
Nutrição: _____			

Cuidados Respiratórios: ☐ Vaporjette: Tempo FiO₂ Max:
 ☐ Tenda O₂ : Tempo:
 ☐ Pap Nasal: ☐ Endotraqueal: Tempo:
 ☐ Ventilação Mecânica: Tempo:

Hidrataçãoparenteral: _____
☐ Fototerapia: Tempo: Nível Máximo De Bilirrubina:

Data	<u>Intercorrência</u>
------	-----------------------

Estado Em Alta De Uti:

Seguimento: _____

Data	<u>Vig</u>	Volume
------	------------	--------

Data	<u>Medicação</u>
------	------------------

Data	<u>Exame Laboratorial</u>
------	---------------------------

Data	<u>Exames Complementares</u>
------	------------------------------